Dr. Jan Sędziak: **Nowotwory złośliwe krtani (raki, mięsaki), ich rozpoznawanie, oraz leczenie.**

Monografia ta, nagrodzona na konkursie międzynarodowym w Tuluzie, ogłoszoną została w *Przeglądzie Chirurgicznym* w r. 1896; sam fakt powyżej podany świadczy dostatecznie o jej wartości. Staranne zebranie odnośnych publikacyj pozwala autorowi oprzeć się na zestawionych przez siebie 486 przypadkach raka i 50 mięsaka krtani, z pomiędzy których razem 199 podległo całkowitemu a 120 częściowemu wycięciu krtani, 104 było leczonych zapomocą laryngofisury, 45 przez zabiegi operacyjne środkrtaniowe, 12 przez faryngotomię podgnykową, gdy w 22 przypadkach raka wykonano jedynie tracheotomię. Obfity ten materyał zużytkowuje autor, by zeń na podstawie liczbowych zestawień wysnuwać wnioski, co do wskazań leczniczych w raku i mięsaku krtani. Najszczegółowiej też są obrobione rozdziały, odnoszące się do leczenia tych nowotworów; widocznie autor postawił sobie za zadanie oprzeć wskazania terapeutyczne na statystycznej podstawie. To też stara się on zużytkować cały materyał operacyjny, jaki znajduje się w literaturze, jakkolwiek nie pomija i innych publikacyj dotyczących złośliwych nowotworów krtani. Po krótkim wstępie historycznym wymienia ważniejsze prace o złośliwych nowotworach krtani z ostatnich czasów ogłoszone w różnych językach, a kończy szczegółowem zestawieniem prac polskich autorów. Mówiąc następnie o etyologii raka krtani, przyłącza się do zdania większości laryngologów, że zdarzające się czasem w krtani powstawanie raka obok łagodnych nowotworów nie jest zależnem od operacyjnych śródkrtaniowych zabiegów. Napomknąwszy, że podstawę do bujania nowotworów złośliwych mogą stanowić stare blizny, a dla raka także tak zw. *pachydermia laryngis*, przechodzi do pasorzytniczych teoryj, które słusznie uważa za zupełnie jeszcze niedojrzałe. Oma-

wiając zaraźliwość raka, wspomina pouczający przypadek Baratouxa przeszczepienia raka na drugą osobę przez wspólnie używany pędzelek, oraz przypadki Semona i Newmana, w których ograniczone złogi rakowe na jednej strunie głosowej, naprzeciw pierwotnego raka struny drugiej, za samozaszczepieniem (autoinokulacya) przemawiają.

W dalszym roztrząsaniu wpływu dziedziczności, wieku i płci dochodzi autor na podstawie swojej statystyki do wniosków zgodnych z doświadczeniem laryngologów wogóle, że rak krtani u mężczyzn występuje częściej niż u kobiet — a przytem przeważnie, lubo nie wyłącznie, w wieku późniejszym. W części poświęconej anatomii patologicznej spotykamy porównanie częstości raka krtani z częstością jego w innych narządach i z częstością raków wogóle (0,1—0,8%), następnie porównanie częstości raka w różnych częściach krtani. Tu przeważa rak śródkrtaniowy nad zewnątrzkrtaniowym (*extrinseque*), pierwotny nad następowym (z sąsiedztwa), najrzadszym zaś jest rak przerzutowy. Najczęstszym punktem wyjścia są struny głosowe, i to prawie równie często prawa, jak lewa. Raki zewnątrzkrtaniowe są przeważnie następowe, najczęściej trafiają się na nagłośni. Jako diagnostycznie ważną okoliczność podnosi autor rzadkość pierwotnego powstawania raka w okolicy wyrostka głosowego. Badanie mikroskopowe wykazuje w rakach krtani najczęściej nabłoniaka, a zwłaszcza tak zw. *carcinoma keratodes*, rzadziej *c. medullare* lub *scirrhus*. Makroskopowe postacie omawia autor podług Fränkla, odróżniając *carcinoma polypoides et c. diffusum*, oraz *c. ventriculare* i dodaje do nich postać skrytą Schmidta.

Następuje szczegółowa semiotyka przypadów towarzyszących rakowi krtani, poczem skreśla autor przebieg tego cierpienia, odróżniając trzy okresy, t. j. powstawania nacieku, owrzodzenia i głębszego rozpadu nowotworu.

Rozpoznanie raka oparte na obrazie laryngoskopijnym jest nieco mniej wyczerpująco obrobione; widocznie autor w swojej pracy mniej miał na oku względy dydaktyczne. To też opisuje on więcej postacie początkowe, mniej zaś uwzględnia obrazy raka w okresie późniejszym. Z twierdzeniem autora, że dopiero Semon pierwszy przed kilku laty zwrócił uwagę na rozpoznawczą ważność utraty ruchomości jednej struny głosowej nie mogę się pogodzić. Dawno już było wiadomem, że w przypadkach nowotworów niby łagodnych, których wielkość i usadowienie nie mogły ruchom strun głosowych przeszkadzać, utrata ruchomości po jednej

stronie krtani każe myśleć o nacieku szerzącym się w głębi, a więc w odpowiednich warunkach o nacieku rakowym. O objawie tym wspominam też już w mojej książce, wydanej w r. 1879, nie sądząc wcale, bym ja pierwszy nań zwracał uwagę. Samą utratę ruchomości traktuje autor zanadto, absatrakcyjnie, a stąd nie doświadczony czytelnik mógłby łatwo pomieszać nieruchomość pochodzącą z nacieku rakowego w okolicy stawu, z nieruchomością pochodzącą z porażenia nerwu krtaniowego dolnego, zwłaszcza, że autor właśnie taki przypadek z własnej praktyki na tem miejscu przytacza.

Bardzo dokładnie jest przedstawione rozpoznanie mikroskopowe z wyjętych w celu badania kawałków nowotworu; znajdujemy w nim uwzględnienie i wyjaśnienie możliwych pomyłek rozpoznawczych. Następuje rozpoznanie różniczkowe bardzo starannie przeprowadzone. Uwzględnia w niem autor tak zw. *laryngitis hypertrophica*, nowotwory łagodne, *pachydermia*, zapalenie ochrzęstnej, wypadnięcie kieszonki Morgagniego, kiłę, gruźlicę, trąd, wilka. Nie zupełnie jednak mogę się tu z autorem zgodzić. Tak n. p. nie zadawalnia mnie odróżnienie raka kieszonkowego od zapalenia ochrzęstnej; również nie mógłbym przypisać częstości zajęcia samej głośni, znaczenia rozpoznawczego. Zbyt często spotykałem owrzodzenia kiłowe na strunach głosowych i uważam je w tem miejscu nie za rzadsze, lecz tylko za mniej cechujące, niż n. p. na nagłośni. Mojem zdaniem możnaby także jeszcze podnieść, jako ważną cechę raka, brak odczynu zapalnego, który z wyjątkiem szczególniejszych okoliczności, bywa nawet niestosunkowo małym w sąsiedztwie raków rozpadających się. Obecność wodnistego obrzęku w sąsiedztwie części naciekłych może nam nieraz posłużyć do odróżnienia od raka nie tylko wrzodów kiłowych, ale czasem nawet i nierozpadłych jeszcze kilaków, które mojem zdaniem łatwiej jeszcze niż wrzody z rakiem pomieszać można. Czasem może obrzmienie wodniste uchronić od pomieszania większych nacieków gruźliczych z rakami lub na odwrót, brak zupełny obrzęku, pozwala odróżnić raka kieszonkowego od zapalenia ochrzęstnej.

Następnie przechodzi autor do raków wtórnych i podnosi trudności rozpoznawcze, jakie się przedstawiają przy rakach przechodzących z dolnej części połyku na krtań. Według autora mamy tu „obustronną pareze strun“, „obraz zapalenia ochrzęstnej (*perichondritis arytaenoidea duplex*)“. Mo-

jem zdaniem, wyraz *paresis* lub *paralysis* należy ograniczyć do stanów czysto neuropatycznych, jak n. p. do jedno lub obustronnego porażenia krtani przy raku gardzieli (*oesophagus*), obejmującym jeden lub oba nerwy krtaniowe dolne; w następowym jednak raku krtani mamy zwykle już nie z porażeniem, lecz z mechaniczną przeszkodą ruchu do czynienia, którą stanowi naciek rakowy z dolnej części połyku, w okolicę stawu nalewkoobrączkowego się szerzący. Zwykle też nie przychodzi tu do zapalenia ochrzęstnej, które i wogóle z rakiem nie zbyt często się wikła, lecz tylko naciek rakowy szerzy się na chrząstkę nalewkową, nadając jej postać zazwyczaj dość cechującą, by stan ten od zapalenia ochrzęstnej odróżnić było można.

Omówiwszy jeszcze pokrótce mięsaki krtani, oraz rokowanie w rakach, przechodzi autor do operacyjnego leczenia tych ostatnich.

Rozdział ten opracowuje on najdokładniej; widać z całej monografii, że leczenie było głównem jego celem, leczeniu też operacyjnemu najwięcej miejsca i pracy poświęca i za niem głównie szpera w literaturze. Spotykamy tu na wstępie chronologicznie przedstawiony rozwój pojęcia co do terapii raka, od nihilizmu do czynnej terapii chirurgicznej, która po pewnych wahaniach dochodzi wreszcie do ustalenia ściślejszych wskazań do operacyjnych zabiegów. Następnie omawia autor, na podstawie dat statystycznych (32 przypadki) śródkrtaniowe, (endolaryngealne) zabiegi operacyjne w raku krtani, które uważa, w odpowiednich wypadkach, za uprawnione. Według mego osobistego zdania jest w obec trudności ocenienia jak daleko naciek rakowy w głąb sięga i wobec braku niebezpieczeństwa przy laryngofisurze, ta ostatnia operacya nawet w początkach raka więcej odpowiednią, gdyż daje daleko lepszą rękojmię doszczętnego usunięcia nowotworu, niżeli operacya śródkrtaniowa. Jednakże doświadczenie mnie pouczyło, że chory, który nie cierpi jeszcze duszności, którego cierpienie polega zatem jedynie na upośledzeniu, lub choćby zupełnej utracie głosu, na laryngofisurę się zwykle nie godzi, a tem samem ogranicza lekarza li tylko do zabiegów śródkrtaniowych. Zapewne zgodzi się ze mną tak autor, jak i większość laryngologów, że gdyby przypadki, operowane śródkrtaniowo, odrazu były operowane na drodze laryngofisury, odsetek wyleczeń dość trwałych byłby kilkakrotnie większy.

Mówiąc o tracheotomii, wspomina autor o nieudałych próbach miejscowego znieczulenia Bottiniego. Nadmienić tu muszę, że na klinice Schöttera wykonywano jeszcze przed dwudziestu kilku laty tracheotomie przy miejscowem znieczulaniu eterem i to z dobrym skutkiem; sam wykonywam od lat 12 tracheotomię u dorosłych często przy wstrzykiwaniach kokainy. Przy wyższych stopniach duszności zwykle chory i bez tego nie wiele czuje.

Przypadków laryngofisury przytacza autor 85; zestawia częstość tej operacyi w raku krtani w różnych krajach a w końcu omawia ją jeszcze szczegółowiej, o ile była robioną w Polsce. Nie mogę robić autorowi zarzutu z tego, że przy zbieraniu tak obfitego materyału, mógł coś przeoczyć, czuję się jednak w obowiązku sprostowania mylnie podanych faktów, o ile się do mojej osoby odnoszą. I tak podaje autor, że robiłem w jednym przypadku laryngofisurę z powodu raka, gdy w cytowanej przez autora mojej pracy o laryngofisurze w *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* znajdują się opisane trzy przypadki, w których operacyę tę z powodu raka krtani wykonałem. Z opisem techniki operacyjnej, jaką autor podaje, nie mógłbym się także w zupełności pogodzić. I tak nie tylko nie uważam kaniuli tamponowej przy laryngofisurze za konieczną, ale nawet mam ją za zupełnie niepotrzebną, gdyż operuję zawsze przy głowie zwieszonej. Metoda ta (ułożenie według Rose'go) pozwala mi na podstawie 110 wykonanych dotąd przezemnie samego laryngofisur uważać tę operacyę za lekką i zupełnie nie niebezpieczną. Jestem przekonany, że każdy, kto laryngofisurę wykonał raz przy tamponowej kaniuli, a raz przy zwieszonej głowie, trzymać się będzie stale tej ostatniej metody. Tak czynią też nasi chirurgowie, np. Obaliński nie tylko laryngofisurę, ale i wycięcie krtani, faryngotomię itp. stale przy zwieszonej głowie, a bez tamponowej kaniuli wykonywa. Nie dawno wykonał i Trzebicki w tej pozycyi połowicze wycięcie krtani bez tamponowej kaniuli. Nie mam prawa wymagać, by autor był zwolennikiem tej metody; sądzę jednak, że należało o niej przynajmniej wspomnieć, zwłaszcza gdy w przytoczonej powyżej mojej rozprawie pomiędzy 50 przypadkami laryngofisury, 46 (2 Rydygiera, 3 Obalińskiego, a 41 moich własnych) przy zwieszonej głowie było operowanych. Przy tej metodzie nie wyniosłaby pewnie śmiertelność operacyi laryngofisury w raku aż 10%, jak to statystyka autora wykazuje, zwłaszcza, że rak, który się nadaje jeszcze do

laryngofisury, a nie do częściowego lub zupełnego wycięcia krtani, nie przedstawia gorszych dla operacyi danych, niż twardziel, zwężenie po zapaleniu ochrzęstnej i inne sprawy chorobowe, dla których dotąd laryngofisurę tyle razy wykonywałem. Są to moje osobiste zapatrywania, na własnem doświadczeniu oparte; nikomu ich też nie narzucam, muszę jednak zrobić uwagę, że zalecając tamponową kaniulę, należałoby także uwzględnić, jaka zachodzi różnica pomiędzy użyciem jej przy tracheotomii dolnej, górnej, lub przy krykotomii. W tym ostatnim zwłaszcza przypadku pole operacyjne jest bardzo ścieśnione tak, że nieraz trzeba przyznać słuszność zarzutom, które tej operacyi robił Fauvel, a które przytacza Mackenzie w broszurze zatytułowanej: „*Friedrich der Edle und seine Aerzte*“. Co do sposobu rozdzielenia płyt chrząstki tarczykowej, podnieść jeszcze muszę, że nie zawsze kostne nożyce są potrzebne; i tak przy laryngofisurze na 5 przypadków raka krtani musiałem ich dotąd użyć 2 razy, 3 razy zaś rozdzieliłem płyty nożykiem przepuklinowym (herniotomem); ważnem tu jest rozcinanie od wewnątrz ku zewnątrz, by nie uszkodzić struny głosowej po stronie zdrowej, co podnieść wypadało.

Wspomniawszy następnie o faryngotomii podgnykowej (8 przypadków), przechodzi autor do połowiczej resekcyi krtani, którą omawia na podstawie 110 zestawionych przypadków. Pozwolę tu sobie na małe sprostowanie, odnośnie do wspomnianego przez autora przypadku Mikulicza, a to na podstawie mego własnego badania. Chory ten przed operacyą przedstawiał w całej strunie fałszywej prawej, oraz w dnie zatoki gruszkowatej prawej naciek rakowy. W rok po połowiczej resekcyi stwierdziłem recydywę po prawej stronie połyku (*pharynx*) w samym dole, gdy struna głosowa lewa była jeszcze zupełnie prawidłowa. Ta recydywa musiała być powodem krwotoku i śmierci, o której autor wspomina. Podnieść tu muszę łatwiejszy powrót raka w tkaninie połyku, niż w krtani; fakt ten da się częściej stwierdzić i nie jest, zwłaszcza wobec raków zewnątrz krtaniowych (*extrinseques*) dla rokowania pooperacyjnego bez znaczenia.

Następuje całkowite wycięcie krtani, ilustrowane 188 przypadkami zestawionemi w tablicy i dokładnie omówionemi, poczem zestawia je autor z różnych krajów, a w końcu z Polski. Przechodząc do techniki operacyjnej, opisuje kaniule tamponowe Trendelenburga, Hahna i Krajewskiego, przedtem wspomina jednak i o pozycyi Rosego. Następnie

omawia modyfikacyę Periera (bez tracheotomii) Peana (pod ochrzęstnowe wyłuszczenie płyt chrząstki tarczykowej), Solis-Cohena (resekcya części środkowej chrząstki tarczykowej z pozostawieniem części zewnętrznych płyt), poczem następuje technika resekcyi połowiczej krtani. Mówiąc o leczeniu pooperacyjnem, wspomina autor o metodzie Bardenheuera oddzielenia rany od połyku, o ułożeniu i żywieniu chorego po operacyi, poczem przechodzi do opisu sztucznych krtani (*Sprachcanülen*) (Czerny'ego, Billrotha, Gussenbauera, Huetera, Foulis'a, Bruns'a, Labbego i Cadièra, Wolffa, Periér'a, Krausa, Michaela), które dokładnie podaje i ilustruje w końcowych tablicach. W końcu zestawia wyniki różnych rodzajów operacyj i porównywując je między sobą, wysnuwa wnioski co do wskazań operacyjnych. Na samym końcu wspomina jeszcze o różnych nieudałych próbach terapeutycznych w raku.

Druga część monografii, poświęcona jest mięsakom krtani, których etyologię i częstość autor na wstępie omawia. Uwzględniwszy następnie ich umiejscowienie i budowę histologiczną, przechodzi do postaci klinicznych, przebiegu sprawy i jej objawów. Rokowanie w mięsakach uważa autor za znacznie lepsze, niż w rakach. Tu bym zrobił uwagę, że zależy ono w wielkiej części od tego, czy mięsak jest ograniczony, czy też na wzór raka infiltruje się w części sąsiednie; te ostatnie formy bywają nawet od raka złośliwsze, a jako przykład przytoczyć mogę opisany z mego oddziału przez Baurowicza przypadek (*Arch. f. Laryngologie*). Wspomnieć też muszę przy tej sposobności o chorym, operowanym przez Mikulicza za pomocą laryngofisury, o którym autor mógł jedynie podać wiadomość, że przez dwa lata nie było recydywy. Chorego tego widziałem w roku zeszłym a więc w lat 10 po operacyi, bez recydywy. Mówiąc o leczeniu mięsaka, zestawia autor 13 przypadków operowanych endolaryngealnie, 12 przez laryngofisurę, 10 przez częściowe, 11 przez całkowite wycięcie krtani, a 4 przez faryngotomię podgnykową. Wyniki leczenia wogóle przedstawiają się korzystniej w mięsaku, niż w raku krtani.

W końcowym ustępie powtarza autor w krótkości wysnute z zestawionych przez siebie przypadków wnioski, co do patologii i terapii tak raka jak i mięsaka krtani, poczem następuje literatura tego cierpienia, ułożona alfabetycznie według autorów.

Kończąc niniejsze sprawozdanie, podnieść raz jeszcze muszę staranność autora w zebraniu i opracowaniu materyału o nowotworach złośliwych krtani i wyrazić całkowitę uznanie dla żmudnej tej pracy, której cel t. j. wysnucie wniosków praktycznych z doświadczenia i działalności wielu pracowników, zupełnie się autorowi powiódł. Trudność zużytkowania statystyki, którą sam autor podnosi, polega między innemi i na tem, że przypadki nie tylko liczyć ale i ważyć należy, a jakże trudno o to zważenie przypadków, pochodzących nie z własnych obserwacyj, a z drugiej strony jak niewystarczającem jest opieranie się na samej własnej tylko obserwacyi. Autor zużytkował zebrany przez siebie materyał jak mógł najdokładniej i za to mu się prawdziwe uznanie należy. Podnieść też muszę szczegółowe uwzględnienie prac polskich autorów na tem polu, które w literaturze zagranicznej zwykle nie odpowiednio bywają uwzględniane.

Jeżeli dyagnostyka na podstawie obrazu laryngoskopijnego mniej jest wyczerpująco obrobioną, to pochodzi ztąd, że autor nie miał celów dydaktycznych na oku, poruszył więc tylko najważniejsze punkty, nie rozszerzając się nad szczegółowym ich rozbiorem, który mu do jego celów nie był potrzebny. Nie mogę również wymagać, by osobiste jego zapatrywania wszędzie były zgodne z mojemi; małe różnice, jakie się w niniejszem sprawozdaniu ujawniły, nie mogą w niczem zmniejszać uznania, które się autorowi za jego pracę słusznie należy.

Prof. Pieniążek.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 14 i 15.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.